

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ

М. В. Трофімов, В. П. Кришень

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

SURGICAL TREATMENT OF DUODENAL ULCER, COMPLICATED BY HEMORRHAGE

M. V. Trofimov, V. P. Kryshehn

Dnipropetrovsk Medical Academy

Лікування виразкової кровотечі з верхніх відділів травного каналу є важливою медико—соціальною проблемою сучасної охорони здоров'я. В Україні її частота збільшилася на 40%, щороку кількість хворих збільшується на 40 — 50 тис, післяопераційна летальність становить 7 — 30%, особливо хворих похилого й старечого віку [1, 2].

Мета дослідження: розробка способу оперативного лікування виразки дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненої кровотечею, у хворих похилого й старечого віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 2755 хворих, госпіталізованих у невідкладному порядку до спеціалізованого відділення гострої шлунково—кишкової кровотечі Клінічного об'єднання швидкої медичної допомоги. Виразка шлунка виявлена у 890 (32,3%) хворих, виразка ДПК — у 1813 (65,8%), поєднана виразка шлунка і ДПК — у 52 (1,9%). У дослідження включені 572 (20,8%) хворих, яких лікували за оновленою діагностично—лікувальною схемою (основна група). У 2183 пацієнтів (група порівняння) проведений ретроспективний аналіз історій хвороби за період 2007 — 2011 рр. Чоловіків було 1822 (66,1%), жінок — 933 (33,9%). Вік хворих від 18 до 97 років, у середньому 56,8 року.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Своєчасне оперативне втручання є єдиним надійним лікувальним

Реферат

Проведений ретельний статистичний аналіз результатів лікування хворих з приводу виразкової гастродуоденальної кровотечі в Центрі шлунково—кишкової кровотечі. Застосування операції екстеріоризації виразки ДПК, ускладненої кровотечею, за оригінальною методикою з подвійним вколом і вколом голки по обидва боки виразкового дефекту забезпечило механічне стискання судин періульцерозної ділянки та ефективне виведення виразки за контур травного каналу. Це сприяло покращенню результатів лікування хворих.

Ключові слова: виразка дванадцятипалої кишки; гастродуоденальна кровотеча; хірургічне лікування; екстеріоризація.

Abstract

Detailed statistic analysis of the treatment results in patients, who have had suffered gastroduodenal ulcer hemorrhage, in The Gastro—Intestinal Hemorrhage Centre, was performed. Application of exteriorization procedure, using original method of double sticking and out sticking of the needle bilaterally from ulcerative defect, for duodenal ulcer, complicated by hemorrhage, have had guaranteed mechanical squeezing of the perulcer zone vessels and effective removal of the ulcer out side the gut lumen. This have had promoted improvement of the patients' treatment results.

Keywords: duodenal ulcer; gastroduodenal hemorrhage; surgical treatment; exteriorization.

заходом, що забезпечує стійкий гемостаз. Встановлено зменшення загальної частоти виконання операцій у хворих з приводу виразки верхніх відділів травного каналу, ускладненої кровотечею, в групі порівняння з 46 (10%) — у 2007 р. до 30 (6,6%) — у 2011 р. Особливо ця тенденція виражена у хворих при виразці шлунка: 23 (16,1%) — у 2007 р., 17 (10,1%) — у 2011 р.

Незадовільно високою була частота виконання паліативного втручання (прошивання виразки, що кровоточить), у 2009 р. — у 13 (81,3%) хворих. Сталою була частота здійснення радикальної операції (резекції шлунка за Більрот—I та Більрот—II, резекції 2/3 шлунка, субтотальної резекції шлунка) — у 6 (26%) хворих — у 2007 р., у 4 (23,6%) — у 2011 р. Частота виконання органощадних операцій (висічення ви-

разки, антрумрезекція, антроектомія, клиноподібна резекція шлунка) збільшилася в останні роки до 29,5%, проте, цього замало. Під час виконання оперативного втручання у хворих основної групи перевагу віддавали органощадним операціям: висіченню виразки, екстеріоризації або антроектомії в поєднанні з ваготомією — у 28 (58,3%) пацієнтів, резекційні втручання виконані у 20 (41,7%) з приводу виразки ДПК, ускладненої кровотечею. Найбільш часто операції здійснювали за тривалості передопераційного періоду 2 — 5 діб — у 20 (41,6%) хворих, у 16 (80%) з них — втручання резекційного типу, які можна вважати відстроченими або ранньо плановими, після стабілізації стану хворого ($r=0,8$). У більш ранні строки після госпіталізації хворого виконували органощадні втручання.

У хворих основної групи залежно від розміру дефекту застосовували таку лікувальну тактику. При виразкових дефектах діаметром до 0,8 см досягали остаточного припинення кровотечі лише консервативними методами, на відміну від хворих групи порівняння. При дефектах діаметром 0,8 — 1 см оперативне лікування проведене у 4 (2,3%) хворих за неможливості ендоскопічного припинення кровотечі. При збільшенні розміру виразки збільшувалась оперативна активність: при дефектах діаметром 5 см і більше оперативне припинення кровотечі здійснене у 16 (20%) хворих ($r=0,99$).

Метою такої тактики було виконання резекційних втручань тільки підготовленому пацієнтові, тому вони мають бути відтермінованими або ранньо плановими, їх виконують лише за неможливості припинити кровотечу іншими методами. При активній кровотечі струменем (Forrest Ia) резекційні операції виконані у 4 (30,8%) хворих; за наявності дефекту, вкритого згустком крові (Forrest Ib) — у 6 (42,9%); за чіткої візуалізації джерела кровотечі, ефективності заходів місцевого ендоскопічного гемостазу та профілактики рецидиву кровотечі і можливості адекватно підготувати хворого до втручання виконували тільки резекційні операції (див. таблицю).

При виразці ДПК, ускладненій кровотечею, особливістю органо-щадної операції є здійснення дуоденопластики з метою відновлення цілісності ДПК після висічення виразки з повним збереженням воро-

таря. Застосовують методику тубулярної дуоденопластики в модифікації М. М. Велігоцького, С. О. Мунтяна, що передбачає виконання верхньої серединної лапаротомії, мобілізацію ДПК за Кохером, радикальне висічення морфологічного субстрату виразки, додаткове поздовжнє розсічення сфінктера воратаря і передньої стінки антральної частини шлунка, розсічення частини ДПК у дистальному напрямку, зашивання дефекту тканин у поздовжньому напрямку, підшивання розсіченої стінки шлунка до дефекту ДПК дво-рядними швами [3, 4].

Проте, ми вважаємо доцільним обмежене застосування цього способу за наявності виразки ДПК, ускладненої кровотечею. Обов'язковою умовою успішного виконання наведеного способу є висока рухливість ДПК, що можливе лише за її прецизійної мобілізації. Це досягається шляхом пересічення рубцевих тяжів, які неминуче утворюються за тривалого виразкового процесу, що супроводжується вираженою деформацією ДПК і значно збільшує тривалість операції. Цей ресурс часу досить обмежений не тільки за умови активної кровотечі, а й за тимчасового припинення кровотечі на тлі великої крововтрати, обтяження стану пацієнта тяжкими супутніми захворюваннями, у пацієнтів похилого й старечого віку.

При застосуванні цього способу велика вірогідність ушкодження магистральних судин навколо ДПК (передня верхня та задня верхня панкреатикодуоденальні артерії), що

збільшує тяжкість крововтрати й обтяжує стан хворого. Радикальне оперативне втручання — резекція шлунка або антрумрезекція — також досить тривале, що небажано при активній кровотечі у пацієнтів похилого й старечого віку з тяжкими супутніми захворюваннями серцево-судинної системи. Також під час виконання радикальної операції з приводу гігантської виразки ДПК часто виникають проблеми при накладанні анастомозів в умовах рубцево-змінених тканин — неспроможність швів гастродуоденоанастомозу (ГДА) — при резекції шлунка за Більрот—I, неспроможність швів кукси ДПК — при виконанні резекційної операції з накладанням гастроентероанастомозу за Більрот—II.

Просте прошивання судини в дні виразки, що кровоточить, без висічення країв виразки ускладнюється виникненням рецидивної кровотечі у 80% хворих, оскільки без радикального висічення виразкового субстрату триває вплив на нього агресивного вмісту шлунка, що спричиняє рецидив кровотечі. Виведення виразкового дефекту за контур травного каналу без проведення заходів, спрямованих на зменшення кровонаповнення навколівиразкової ділянки, зумовлює рецидив кровотечі.

Нами розроблений спосіб виконання гастродуоденопластики при виразці ДПК, ускладненій кровотечею [5], застосування якого забезпечило зменшення тривалості операції, виконання необхідної умови органічного з'єднання тканин, адек-

Характеристика видів оперативних втручань у хворих основної групи

Втручання	Кількість спостережень при виразці					
	шлунка (n=12)		ДПК (n=36)		загалом (n=48)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Резекція шлунка						
за Більрот-I	3	25	5	13,9	8	16,7
за Більрот-II	-	-	7	19,4	7	14,6
за Шалімовим-Макі	3	25	-	-	3	6,3
за Шалімовим-Макі (у модифікації А. С. Лаврика)	2	16,7	-	-	2	4,2
Висічення виразки	4	33,3	-	-	4	8,3
Пілоропластика						
за Фіннеєм	-	-	7	19,4	7	14,6
за Гейнеке-Мікулічем	-	-	3	8,3	3	6,3
за Джадом	-	-	2	5,6	2	4,2
Екстеріоризація	-	-	12	33,3	12	25

ватне виведення виразкового дефекту за контур травного каналу, ефективну профілактику рецидиву кровотечі.

Хворому за наявності ознак активної шлунково—кишкової кровотечі з верхніх відділів травного каналу в умовах операційної проводять езофагогастродуоденоскопію, встановлюють наявність та локалізацію виразкового дефекту слизової оболонки ДПК, визначають ступінь ендоскопічного місцевого гемостазу за Forrest, здійснюють місцевий ендоскопічний гемостаз, за неефективності якого виконують оперативне втручання. Здійснюють верхню серединну лапаротомію. Мобілізують ДПК за Кохером. Поздовжньо розсікають ДПК в ділянці виразкового інфільтрату.

При виявленні активної кровотечі (Forrest Ia) її припиняють шляхом прошивання судини, що кровоточить. За відсутності активної кровотечі на момент проведення дуоденотомії (Forrest IIa, IIb) продовжують розріз ДПК до воротарної частини шлунка. Здійснюють екстеріоризацію виразки з висіченням країв, накладають косо—поздовжні шви з подвійним вколом і вколом голки

по обидва боки виразкового дефекту з виведенням виразки за контур травного каналу.

На дуоденотомну рану накладають двошрядні шви в поперечному напрямку для попередження її стенозу.

Застосування запропонованого способу забезпечило зменшення тривалості оперативного втручання, органічне з'єднання тканин з створенням м'язово—слизового захисного валу, що попереджує виникнення неспроможності швів ГДА, адекватне виведення виразкового субстрату за контур травного каналу, при подвійному прошиванні періульцерозної ділянки — ефективну профілактику рецидиву кровотечі. Використання способу гастродуоденопластики при виразці ДПК, ускладненій кровотечею, дозволило ефективно припинити кровотечу, зменшити тривалість операції до $(49 \pm 3,8)$ хв, що є принциповим за умови невідкладного надання хірургічної допомоги. За запропованою методикою оперовані 12 (50%) хворих.

ВИСНОВКИ

1. При хірургічному лікуванні виразки ДПК, ускладненої кровотечею, віддаємо перевагу здійсненню стандартних органоощадних втручань: ваготомії, пілоропластики з висіченням джерела кровотечі, також застосовували оригінальну, запатентовану нами методику оперативного лікування виразки з подвійним вколом та вколом голки по обидва боки дефекту і формуванням надійного захисного м'язово—слизового валу для виведення дна виразки за контур травного каналу і дієвого попередження рецидиву кровотечі.

2. Використання способу екстеріоризації виразки ДПК, ускладненої кровотечею, дозволило зменшити частоту виникнення рецидивної кровотечі до 5,1% та тривалості виконання втручання — до $(49,2 \pm 2,3)$ хв. Всі пацієнти живі.

3. Широке впровадження методів місцевого ендоскопічного гемостазу, ендоскопічної профілактики рецидиву кровотечі, ендоскопічного моніторингу в комплексі консервативної терапії виразкової гастродуоденальної кровотечі дозволило зменшити частоту виконання оперативних втручань у 2,5 разу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тактика и результаты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных острым кровотечением, в специализированном центре желудочно—кишечных кровотечений / Е. Н. Шепетько, П. Д. Фомин, А. В. Заплавский [и др.] // Клін. хірургія. — 2007. — № 5 — 6. — С. 88.
2. Березницький Я. С. Стандарти організації та професійно—орієнтованих протоколів надання невідкладної медичної допомоги хворим з хірургічними захворюваннями живота і грудної клітки / Я. С. Березницький. — К.: Дніпро—VAL, 2008. — 310 с.
3. Велигоцкий Н. Н. Хирургия осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н. Н. Велигоцкий. — Х.: АФОС, 2009. — 87 с.
4. Пат. 98208 Україна, МПК А61 В17/03. Спосіб пілородуоденопластики з тампонуванням при кровотечі із виразки задньої стінки пілородуоденальної зони / С. О. Мунтян, А. М. Сахно, І. С. Шадрін (Україна). — Заявник і патентовласник Дніпропетр. клініч. об'єднання швидкої мед. допомоги. — №201010867; заявл. 09.09.10; опубл. 25.04.12. Бюл. № 3.
5. Пат. 107252 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб гастродуоденопластики при кровоточивій виразці дванадцятипалої кишки / В. П. Кришень, М. В. Трофімов (Україна). — Заявник і патентовласник Дніпропетр. мед. акад. — № 201303236; заявл. 18.03.13; опубл. 10.12.14. Бюл. № 23.

